

DOLOR DE HOMBRO CON DEBILIDAD DE LARGA EVOLUCIÓN

**Assumpció Agulló Antón (MIR 4º año), Paco Cholbi Llobell (Médico Adjunto)
Hospital General Universitario de Alicante**

Caso Clínico

PARTE 1

Varón de 70 años derivado de Atención Primaria por un cuadro clínico de dolor en el cuello y ambos hombros asociado a debilidad de más de 5 años de evolución. Refería pérdida de movilidad que limitaba parcialmente las actividades de la vida diaria.

Como Antecedentes patológicos sufría de EPOC tipo Enfisema grave en tratamiento con oxígeno domiciliario que precisó de ingreso por reagudización, Paquipleuritis calcificada, Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial, Dislipemia. Cabe destacar Carcinoma de Laringe intervenido mediante laringectomía total y vaciamiento radical bilateral modificado en 2006. Fue tratado con Radioterapia posterior. Sufrió fístula traqueoesofágica posterior como complicación de la cirugía que requirió ingreso hospitalario con estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. Portador de cánula de traqueostomía.

No refiere antecedente traumático ni otros de interés. Previamente independiente en ABVD e instrumentales. Actualmente dependiente parcial y marcha sin ayudas por disnea de medianos esfuerzos. Jubilado.

En la exploración física destaca un hábito caquéctico por desnutrición y atrofia muscular generalizada a la inspección, especialmente evidente en la musculatura periescapular como los trapecios, supraespinoso e infraespinoso. Presenta antepulsión de cabeza y hombros. Destaca la presencia de una escápula alada más notoria en el lado derecho.

Cabe destacar limitación de la movilidad cervical especialmente en extensión y rotaciones. El balance articular de ambos hombros se encuentra limitado especialmente en abducción y flexión. En el hombro derecho la abducción no supera los 90° de manera activa, sin embargo la movilidad pasiva está preservada. La antepulsión también se encuentra limitada a 90°. La rotación externa estaba limitada a 50°. El balance motor de miembro superior muestra trapecio superior a 1, Esternocleidomastoideo a 2, Romboideos, Elevador de la escápula y Deltoides a 4 y resto a 5.

Los ROTS en ambos miembros son normales y la sensibilidad no se encuentra alterada. Las maniobras subacromiales en ambos hombros son negativas. El drop test y la maniobra de jobe es negativa, así como el palm-up.

Las siguientes imágenes muestran desplazamiento lateral mas evidente de escápula derecha y atrofia de músculo trapecio.



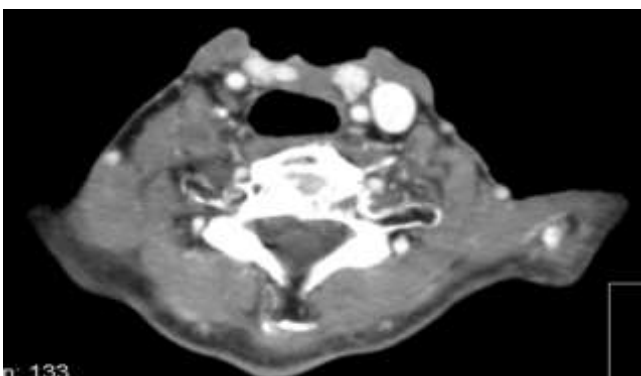
El paciente aporta diversas pruebas complementarias:

-Rx de tórax AP y L. Muestra infiltrado reticulonodular más intenso en bases y paquipleuritis calcificada izquierda.

-TACAR pulmonar. Enfisema centrolobulillar paraseptal. Callos de fractura costales derechos.

-TAC cervical: Cambios postquirúrgicos de laringuectomía total y aumento de densidad en los planos grasos yuxtacarotídeos bilaterales, en probable relación con cambios post radioterapia. Persisten algunas adenopatías subcentimétricas submentonianas (nivel 1A) No se identifica una vena yugular interna derecha permeable. No identifico imágenes sospechosas de metástasis pulmonares.

A continuación se muestra una imagen del TAC cervical:



¿QUÉ PATOLOGÍA PRESENTA EL PACIENTE?

PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cervicobraquialgia

Las pruebas no indican irritación radicular. La percusión en apófisis espinosa, valsalva, Lhermite y Spurling son negativos. Los ROTS son normales y no hay alteraciones sensitivas periféricas que nos puedan hacer sospechar el diagnóstico.

Síndrome de Parsonage-Turner

Es una entidad rara de etiología desconocida con discreto predominio masculino y sin preferencia del miembro afecto. La presentación típica se basa en un dolor intenso, agudo y autolimitado localizado en el hombro. Tras unos días, se describe típicamente paresia del miembro afecto que ya no coincide ni se explica por el dolor. Presenta una evolución favorable con resolución espontánea en unas semanas. Nuestro paciente no presenta la semiología por lo que se descarta esta posibilidad.

Distrofia facioescapulohumeral (FSHD)

Es una distrofia muscular autosómica dominante. Debuta a partir de la segunda década con debilidad progresiva de la musculatura de la cara, hombro y miembro superior. Pueden presentar dolor e inestabilidad escapular con déficit de flexión y abducción. Nuestro paciente no presenta antecedentes neurológicos ni afección de la musculatura orofaríngea.

Patología de la articulación glenohumeral

La escápula alada puede ser secundaria a un movimiento anómalo de la articulación escapulotorácica. El dolor en la articulación glenohumeral puede provocar fatiga en los músculos estabilizadores de la escapula por compensación. En nuestro paciente las maniobras específicas para la articulación eran anodinas.

Parálisis del Serrato Mayor

Se debe a lesión del nervio torácico largo. Puede ser yatrógena por la posición durante la anestesia, disección axilar o descompresión cervical anterior. Puede ser lesionado por contusión debido a su trayecto superficial por el lateral de la caja tórax. Nuestro paciente presentaba antecedentes de cirugía de cuello, radioterapia y caída con resultado de fractura costal por lo que era un diagnóstico posible. En nuestro paciente la abducción activa se encontraba con mayor limitación que la flexión lo que hizo replantearnos el diagnóstico.

Parálisis del Trapecio

Se debe a lesión del nervio accesorio espinal. Puede deberse a traumatismos, accidentes deportivos o iatrogenia en caso de cirugía o biopsia de ganglios linfáticos cervicales. La lesión del nervio debido a cirugía de cabeza y cuello es la segunda causa más frecuente

de afectación nerviosa por iatrogenia. El antecedente del paciente de cirugía radical de cuello debido a carcinoma de laringe junto con la exploración clínica nos indica esta lesión con mayor probabilidad.

Según lo expuesto anteriormente, nuestro paciente siguió un tratamiento rehabilitador encaminado a disminuir el dolor, aumentar la movilidad y la fuerza de la musculatura implicada y devolver la máxima funcionalidad de los miembros afectados.

¿Qué pruebas complementarias podrán aportar datos objetivos que confirmen el diagnóstico?

Como ya hemos comentado el paciente aporta una radiografía de tórax y un TAC realizados durante un ingreso hospitalario debido a descompensación de su patología pulmonar de base. Sigue controles por Otorrinolaringología con periodicidad anual que solicita TAC de cuello para descartar recidiva local o metastásica.

Ante la sintomatología y exploración pensamos en las pruebas que nos podrían ayudar a confirmar nuestra sospecha diagnóstica. Entre ellas son:

-Pruebas de imagen. La RMN se reserva para pacientes con sospecha de hernia discal cervical, inestabilidad de hombro o afectación del manguito rotador. La Ecografía puede detectar cambios hipoeoicos cuando el nervio se encuentra afectado pero es de poca utilidad en la sección completa ya que no logra visualizarse.

-Pruebas Neurofisiológicas. La Electromiografía y las pruebas de conducción nerviosa son valiosas para confirmar los hallazgos de la exploración física y distinguir las causas de la escapula alada.

Ante sospecha de lesión del nervio espinal, la EMG es útil para confirmar el diagnóstico, establecer el pronóstico y decidir la actitud terapéutica adecuada. Nos servirá para el manejo y el seguimiento del paciente. Debe recordarse que la EMG no tiene una buena correlación con la funcionalidad del hombro.

Finalmente, ante todo lo expuesto anteriormente se comenta el caso con la Unidad de Miembro Superior de Cirugía Ortopédica y traumatología. Dado la cronicidad de la lesión superior a 24 meses consideran que es subsidiario de transposición muscular pero debido a comorbilidad, edad y mal pronóstico del paciente se decide por manejo conservador.

Discusión y Conclusiones

El nervio accesorio espinal emerge del bulbo raquídeo y sale del cráneo por el foramen yugular. Emite dos ramos, medial y lateral. El ramo medial se anastomosa con el nervio vago. El ramo lateral cruza la vena yugular interna y el músculo estilohioideo para abordar al esternocleidomastoideo al que inerva. Se dirige hacia el triángulo posterior del cuello donde da fibras motoras que inervan al trapecio. En esta región es

acompañado por un ramo de la arteria cervical transversa, tejido adiposo y numerosos ganglios linfáticos de la cadena espinal.

Su curso superficial en el triángulo posterior del cuello lo hace vulnerable a ser lesionado por múltiples mecanismos, incluida la lesión iatrogénica por biopsias o vaciamientos ganglionares. Se han reportado casos por heridas, traumatismos cerrados, luxaciones acromioclaviculares y en problemas de estirpe neurológica tales como neuritis, siringomielia, enfermedad de neurona motora o el síndrome de Vernet que se debe a la existencia de lesión tumoral que invade el agujero rasgado posterior.

La primera descripción de la parálisis del nervio espinal fue reportada por Eden en 1924 y posteriormente por Lange. La lesión del nervio accesorio espinal produce parálisis del músculo trapecio.

La causa más común es de origen iatrogénico reportando una incidencia de 60% a 80% debido a cirugía radical de cuello. Otras causas iatrogénicas se deben a paratiroidectomía, endarterectomías, canulación de la vena yugular interna y en cirugía de estiramiento facial.

Produce una alteración de la motilidad del hombro, ya que el trapecio es importante en el ritmo escapulo-torácico. Se acompaña de escápula alada, disminución de la abducción del hombro, descenso del complejo articular del hombro y dolor a dicho nivel.

Dado que la causa más frecuente de dicha patología es por iatrogenia durante el curso de la cirugía debemos pensar en dicho diagnóstico cuando nuestro paciente presenta dicho antecedente.

El tratamiento a realizar depende de la etiología. Cuando se debe a lesión iatrogénica por sección nerviosa se debe realizar una exploración quirúrgica sin demora para reparación, preferentemente con injerto.

Cuando la lesión es crónica, como es nuestro caso, el tratamiento quirúrgico indicado es la transposición del músculo elevador de la escápula y del romboides según la técnica descrita por Eden y Lange en 1952. Los pacientes con distrofia fascioescapulohumeral o sin mejoría con la transposición muscular dinámica son candidatos a cirugía de estabilización escapulotorácica.

El manejo rehabilitador es sumamente importante. Debe iniciarse tratamiento lo más pronto posible acompañando a la reinervación axonal y en caso de cirugía paliativa. Los estudios clínicos han demostrado que la terapia física es eficaz y recomiendan el inicio precoz del tratamiento para paliar dichos síntomas.

Bibliografía

1. A. Gil Agudo, C. de Miguel Benadiba, C. Zubizarreta Laín. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2008.
2. F. Juan García, A. Lozano Obispo, L. Rodríguez Sánchez. Rehabilitación Intervencionista. Fundamentos y Técnicas. Madrid. Ergon. 2012.
3. Waldman. Atlas de Síndromes dolorosos poco frecuentes. Madrid. Elsevier. 2004
4. K. Buckup, J. Buckup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona. Elsevier España. 5ª Edición. 2014.
5. A. García López. Patología del plexo braquial. Momento Médico. Madrid. 2004.
6. A. Russo. Anatomía topográfica del nervio accesorio espinal en el triángulo posterior del cuello. Rev. Arg. Anat. Onl. 2012.
7. L. Gerardo Domínguez. Lesión del nervio espinal. Presentación de un caso. Rev. Mex. Med Fis Rehb. 2011.
8. A. K. Meininger, B.F. Figuerres, B.A. Goldberg. Scapular Winging: an update. J Am Acad Orthop Surg 2011
9. M. J. Kelley, T. Kane, B. Leggin. Spinal accessory nerve palsy: associated signs and symptoms. Journal of orthopaedic and sports physical therapy. 2006.
10. J. Nieto-Blasco. Escápula Alada, ¿una entidad del área quirúrgica? Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013
11. F. Baggi, L. Santoro, E. Grosso. Motor and functional recovery after neck dissection: comparison of two early physical rehabilitation programmes. Acta otorhinolaryngol Ital 2014